INSTRUCTIONS FOR MEDICAL EXAMINATIONS IV/DV/K-1 __________

Dear visa applicant,

Please read the instructions carefully. All intending immigrants, regardless of age, are required to undergo a medical examination by one of the panel physicians, listed below:

Dr. Dritan & Dr. Elsa Muzha
U.S. Consular Office Panel Physician, Tirana
Boulevard Gjergj Fishta, Nd. 6, H. 9
Njesia Bashkiake 10, Kodi postar 1001
(8-floor tower, green color)
Tirana, Albania
Cell: +355-(0)68-202-4950
panelphysicianmuzha@gmail.com

Dr. Dritan Cela
U.S. Consular Office Panel Physician, Tirana
Rr. Teodor Keko, Pall. Edglis, Kt. 2
Ish Astiri, Unaza e Re
Tirana, Albania
Cell: +355-(0)66-401-9459
E-mail: panelphysiciancela@gmail.com

Map of Dr. Dritan & Dr. Elsa Muzha's Office (crtl+click on the map to open the location.)

Map of Dr. Dritan Cela's office (crtl+click on the map to open the location.)

Please fill out this application form with your **name**, **surname, date of birth,** and **age**, *prior to* your medical examination appearance:

Name	Surname	Date of Birth and Age

If you come to the Panel Physician's Office with incomplete or incorrect identification cards and/or vaccination cards, both your medical examination and your visa interview date may be delayed. To avoid unnecessary delays with the processing of your case, we advise you to come fully prepared to your medical examination appointment with all the required documents.

For your convenience, and in order to avoid any delays, your medical examination is scheduled in two phases:

A. FIRST APPOINTMENT - VERIFICATION OF DOCUMENTS. **Only the principal applicant,** not the entire family, must appear exactly **three weeks prior to their visa interview date** between 09:00-11:30 a.m. to submit the documents listed below. (For example: if the interview date in the envelope that you have received from the National Visa Center, Consular Section, or Kentucky Consular Center falls on a Tuesday, then your first appointment will fall on the Tuesday three weeks prior to the interview date, OR, as scheduled by the Panel Physician's Office staff.) In the rare cases where the appointment package is received less than three weeks prior to the visa interview date, applicants should contact the eligible physicians during their business hours (9:00 a.m. to 16:00 p.m., Monday through Friday) to schedule an appointment as soon as possible, or they may come to one of the aforementioned addresses between 09:00-11:30 a.m. along with all the required documentation.

During the first appointment, NO medical examination will take place. The family members will show up for their medical examination in the second appointment (see below.) The Panel Physician staff will check your documents listed below, and will provide you with instructions regarding the examinations; recommendations, vaccination cards, or any missing vaccination/s for you and your family members, and will provide you with the date and time for the second appointment for you and your family members (if applicable.) This allows applicants to have time to complete any missing documents they may have.

The principal applicant must submit **the following documents for each visa applicant** in both appointments (**a**) verification of documents and **b**) medical examination) as follows *(Mark with X all the documents that you will submit to the Panel Physician' Office)*:

- ☐ This instruction package:
- ☐ Your Passport/s and copy of passport/s - adults and children (the originals and a legible photocopy of every passport that will be submitted to our office);
- ☐ Your personal vaccination card/s and copy of it (the original and a legible photocopy for each card to be submitted to our office);
- ☐ Your appointment letter;
- ☐ Instructions for Medical Examinations, filled out with the names and the ages of all the applicants that are to be examined (see page #2);
- ☐ Fill out the personal medical declaration on pages #5 & 6 for each visa applicant prior to your medical appointment, containing your complete medical history, and with a personal photograph attached to it. This declaration will be submitted to our office during the first phase of your medical appointment;

- Fill out the information on page #7 for each visa applicant prior to your medical appointment.
- Five (5) 3x4 cm photographs for each person, taken in full-face view directly facing the camera, (taken within the last six months, and one of them must be attached to the personal medical declaration);
- Medical reports, blood tests, etc.;

All the aforementioned documents must be in Albanian (both the originals and the photocopies) and they do not need to be translated or notarized.

B. SECOND APPOINTMENT: MEDICAL EXAMINATION. All visa applicants, regardless of age, will show up for their medical examination one week prior to their visa interview date*, OR, as scheduled by the Panel Physician's Office staff, *. You will submit to the Panel Physician all the required documents listed above, as well as any additional documents that may be requested by the Panel Physician's Office during the first appointment for you and your family members (if applicable). Please note that this is a very lengthy process and both you and your family members will need to spend the entire day undergoing various medical examinations at Glob Clinic. Once the results are available, you will need to sign the medical forms in front of the Panel Physician. The results will be provided to you in a sealed envelope, which you must **NOT** open.

*If one of the above days coincides with a public holiday, you will need to call the Panel Physician's Clinic, during their business hours (09:00 a.m. to 16:00 p.m., Monday through Friday) in order to reschedule your medical appointment.

The fee for adults (15 years and above) is $145.00 (includes physical examination, chest x-rays, blood tests, and Syphilis). The fee for children under 15 years of age is $100.00.

In some cases, in order to assess the health status of the applicant, further examinations may be required. If this applies to your case, you must follow the Panel Physician's instructions regarding any additional tests. The applicant is responsible for any additional costs for any such examinations, except for Tuberculosis treatment. In order to avoid extra examinations, you should include all medical reports for any medical issues or illnesses you may have, including any previous blood tests. Pregnant women should have a gynecological ultrasound as well as a complete medical report from their gynecologist where the pregnancy gestation age must be included as well.

Important Notice: In accordance with the Center for Disease Control and Prevention (CDC) instructions, you may be required to undergo additional testing for Tuberculosis (TB), which may take an additional time of 8-10 weeks for the results to become available. The Panel Physician's Office will notify the U.S. Consular Section regarding any applicants referred for further TB culture testing, so that they don't experience any delays on the date of their visa interview. If the applicant's results are TB positive, he or she will need to undergo a compulsory TB treatment by the Panel Physician's staff.

The results of your medical examination may be released to the applicant only, or directly to the U.S. Consular Section. Only employees of the Consular Section may open the sealed envelope. You **may not** open the envelope. You should not send the X-Ray CD to the U.S. Embassy, unless you are an asylee. You will be provided with a copy of your vaccination documentation worksheet, which you may need in order to be able to register your child into a U.S. school, etc.

By signing the DS-2054 application, you personally authorize and agree to undergo the medical examination.

Note from the U.S. Consular Section: ***The validity of your visa will be limited to the validity of your medical report.*** *Medical reports classified as "Class B (TB)" are valid for 3 months from the date on which the doctor signed the report. All other medical reports classified as "No apparent disease or defect" are valid for 6 months from the date on which the doctor signed the report. If your case is subject to further administrative processing, or if the processing of your file is delayed due to missing documents, the medical report may expire before your visa is issued. In that case, you will be required to renew the examination and submit an updated medical report to the Consular Section before you receive your visa. In such cases, you will be required to pay a new medical examination fee. The fee for adults (15 years and above) is $145.00, and the fee for children under 15 years of age is $100.00.*

The payment for the medical examination will not be refunded, regardless of the result of your visa application.

Note: You must appear for your medical appointment ***only*** on the date and time of your appointment. Do not appear to the panel physician's office on dates or times other than those specifically scheduled for you, unless you are instructed to do so by the Consular Section itself.

The medical staff is not responsible for ***any*** delays pertaining to the processing of your visa case by the U.S. Consular Section.

INSTRUCTION FOR VACCINATIONS

On the day of their first medical appointment, the principal applicant must provide all personal vaccination cards for each family member who is applying for an immigrant visa, containing records of all vaccinations received throughout their entire life. Only the vaccination cards that were issued by the appropriate health centers containing the applicant's name, father's name, surname, birthday, exact vaccination and revaccinations date records are considered valid and acceptable vaccination cards. . A personal vaccination card must also have the stamp of the health center, a clearly legible name of the physician together with his or her signature.

<u>If you do not submit the vaccination card during the medical examination, you will be considered unvaccinated. Any vaccine records for which the receipt dates are not written in or are written in only partially will not be taken into consideration</u>.

The vaccinations available in Albania are as follows:

1) D.T.P. (Diphtheria/Tetanus/Pertussis) …….. 4 doses
2) D.T. (Diphtheria/Tetanus) revaccination…. 2 doses
3) Polio. (Poliomyelitis)………………………………… 3 doses + extra dose
4) Measles ……………………………………………….. 1 dose
5) Measles - Rubella …………………………………….1 doses
6) Measles – Rubella – Parotid …………………… 2 doses
7) H.V.B. (Hepatitis B) …………………………………3 doses
8) HiB ……………………………………………………......3 doses
9) Pneumococcus ……………………………………… 3 doses
10) Rotavirus
11) Meningococcal
12) Varicella

Some of these vaccines are not administered for all ages.

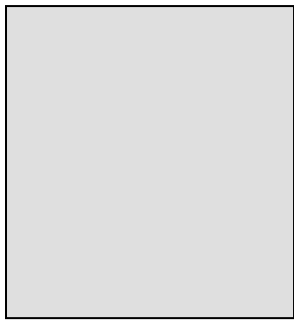
If any of the following applies to your case: **a)** you are not vaccinated; **b)** you did not take the last vaccines recently arrived; **c)** you do not have any document that proves your vaccination; **d)** you have partially recorded vaccination, we suggest that you receive the first dose of any vaccine that has never been administered to you or which is not properly documented prior to showing up for your medical examination. If you have received some of the vaccination doses or are not properly vaccinated, you must receive the next revaccination dose. Any of the vaccines that are administered to you must be recorded on the vaccination card by the appropriate health center.

<u>**Your personal vaccination card is the only document that certifies your vaccination.**</u> No other documents will be accepted. Check for the authenticity of the vaccination card. It is an official document and the applicant who will present it bears full responsibility for its authenticity. Do not allow recording of any vaccinations that you haven't actually received or which are not recorded in the Official Registers. All vaccinations and revaccinations are administered according to the immunization scheme approved by the Albanian Public Health authorities. If you received any other vaccines, not listed in the aforementioned list of vaccinations available in Albania, you will be required to provide any such vaccination records to the Panel's Physician's Office as well

Note: applicants who have travelled to any of these countries within the last 12 months: Pakistan, Syria, Equatorial Guinea, Afghanistan, Ethiopia, Iraq, Israel, Somalia, or Nigeria, must bring proof of vaccination for Poliomyelitis, and they should inform the Panel Physician's Office of that.

PERSONAL MEDICAL DECLARATION

Complete this form and attach your photo prior to undergoing medical examination. This form is part of your medical documentation. Each person must complete and sign the form For those who are under the age of 16, the form may be filled out by a parent.

ph

Check the YES or NO box according to your health situation.

________________________ ________________ **Age**: ____ y.o.,

Surname **Name**

Gender: ☐ M ☐ F

Education completed: ☐ minor ☐ elementary ☐ high school ☐ college

Profession: ____-_

Weight: _________ Kg; **Height**: __________ cm

YES	NO	GENERAL
☐	☐	Illness or injury requiring hospitalization *(including psychiatric)*
☐	☐	Any surgical procedure or caesarian section? Explain: ________________________________

YES	NO	CARDIOLOGY
☐	☐	Heart Disease
☐	☐	Angina pectoris (infarcts, pre-infarcts)
☐	☐	Hypertension ***(****high blood pressure)*
☐	☐	Cardiac arrhythmia
☐	☐	Congenital heart disease

YES	NO	PULMONOLOGY
☐	☐	History of tobacco use
☐	☐	Are you currently smoking
☐	☐	Asthma
☐	☐	Chronic obstructive pulmonary disease *(emphysema)*
☐	☐	History of tuberculosis (TB) disease
☐	☐	Have you ever been treated for TB?

YES	NO	NEUROLOGY & PSYCHIATRY
☐	☐	History of stroke, with any current impairment
☐	☐	Seizure disorder
☐	☐	Major impairment in learning, intelligence, self-care, memory or communication
☐	☐	Major mental disorder *(including major depression, bipolar disorder, schizophrenia, mental retardation)*
☐	☐	Use of drugs other than those required for medical reasons
☐	☐	Addiction or abuse of specific* substance (drug). **amphetamines, cannabis, cocaine, hallucinogens Opioids, phencyclidines, sedative-hypnotics, anxiolytics*
☐	☐	Other substance-related disorder *(including alcohol addiction or abuse)*
☐	☐	Have you ever attempted suicide?
☐	☐	Have you ever caused SERIOUS injury to others, caused MAJOR property damage or had trouble with the law because of medical condition, mental disorder, or under the influence of alcohol or drugs

YES	NO	OBSTETRICS & SEXUALLY TRANSMITTED DISEASE
☐	☐	Are you pregnant? If so, list Estimated Delivery date: _____________ (date-month-year)
☐	☐	Do you have any sexually transmitted disease, (specify): ________________________________ ________________________________

YES	NO	ENDOCRYNOLOGY & HEMATOLOGY
☐	☐	Diabetes mellitus
☐	☐	Thyroid disease
☐	☐	History of malaria

YES	NO	OTHER
☐	☐	Malignancy (specify) ______________________________
☐	☐	Chronic renal disease
☐	☐	Chronic hepatitis or other chronic liver disease
☐	☐	Did you serve in the military service?
		If not, explain why:
		--

☐ ☐ Do you have vision problems (glasess, etc.)

☐ ☐ History of Varicella

☐ ☐ Have you ever belonged to a a group of physicaly disabled

YES	NO	HANSEN
☐	☐	Hansen's Disease ☐ Paubacillary ☐ Multibacillary Treated: ☐ Yes ☐ No
☐	☐	Do you have visible disabilities *(including loss of limbs* (Specify): ________________________________ ________________________________
☐	☐	Do you have other conditions requiring treatment, specify: ________________________________ ________________________________
		MARITAL STATUS ☐ Single ☐ Married ☐ Widowed ☐ Divorced

NOTE: All health problems must be documented through medical reports, blood or other medical tests, prescriptions etc.

I, THE UNDERSIGNED DECLARE THAT ALL THE INFORMATION GIVEN BY ME IS TRUE AND COMPLETE.

____

NAME SURNAME SIGNATURE

Date _________________

Fill out the information below for each visa applicant, regardless of age

(Make copies for each visa applicant)

Name (Last, First)

Birth Date **Sex** ☐ M ☐ F

Passport Number **Case Number**

Birthplace (City, Country)

Present Country of Residence

Prior Country of Residence

Present Address of Residence

Present City of Residence

Present Postal Code of Residence

Intended US Address

Intended US City, State, and Postal Code

Visa Category ☐ Immigrant ☐ DV Lottery ☐ K- Visa (Fiance)

☐ Adoption ☐ NIV (Non-immigrant) ☐ Visa 92 (Asylee)

Cell Phone Number

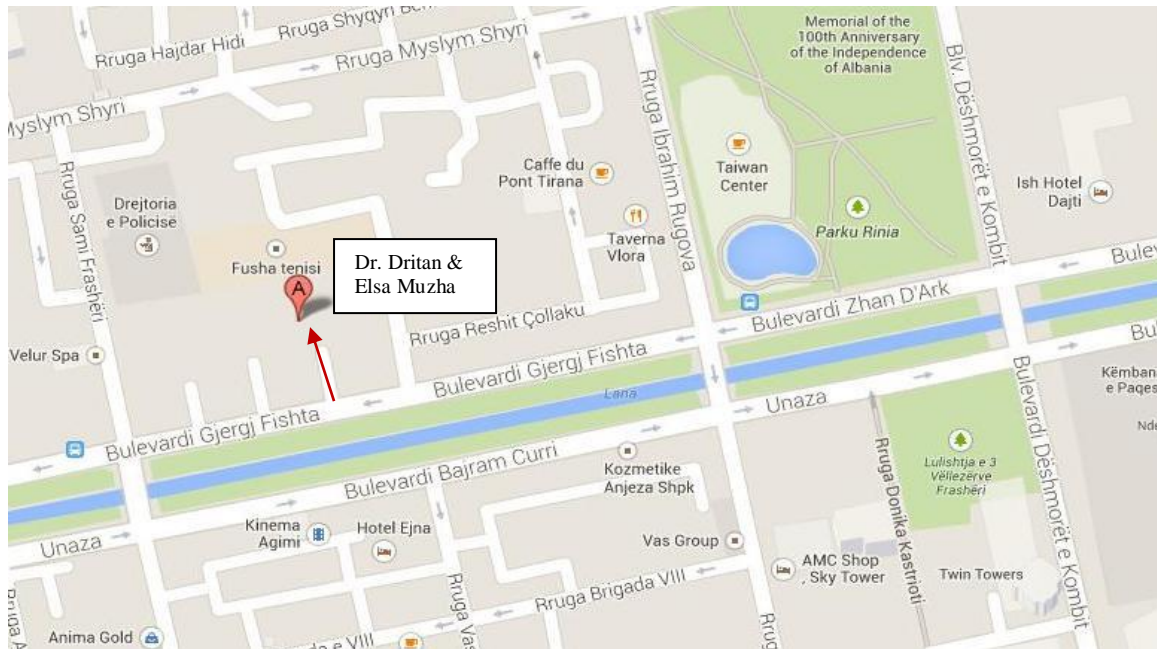
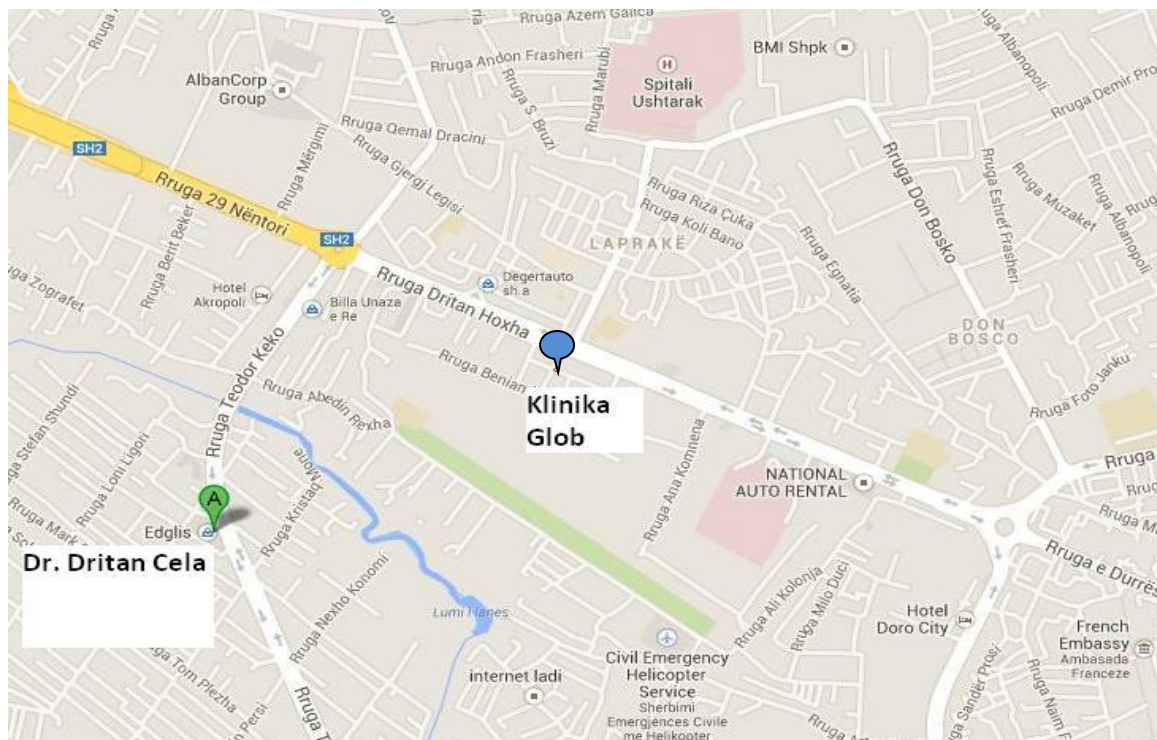
E-mail Address

Name of ALL Child*(ren)* (if applicable to you) **and their Date of Birth** *(mm-dd-yyyy)* **:**

	Name, Last Name	*Date of Birth*
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

I nderuar Aplikant i vizës,
Lutemi lexoni udhëzimet me kujdes. Të gjithë aplikantët e vizës emigruese, pavarësisht moshës, duhet t'i nënshtrohen një vizite mjekësore tek një nga mjekët e mëposhtëm:

Adresa 1:
Dr. Dritan Muzha & Dr. Elsa Muzha
Bulevardi Gjergj Fishta, Kulla 6, Hyrja 9
(Kulla 8 katëshe, jeshile me stemë)
Tiranë, Shqipëri
Celular: (+355)-(0)68-202-4950
panelphysicianmuzha@gmail.com

Adresa 2:
Dr. Dritan Cela
Rr. Teodor Keko, Pall. Edglis, Kt. 2
Ish Astiri, Unaza e Re
Tiranë, Shqipëri
Celular: (+355) -(0) 66-401-9459
panelphysiciancela@gmail.com

Adresa e Dr. Dritan dhe Elsa Muzha (crtl+kliko për të hapur hartën e zyrës)

Adresa e Dr. Dritan Cela (crtl+kliko për të hapur hartën e zyrës)

Plotësoni formularin me **emrin**, **mbiemrin, datëlindjen** dhe **moshën e secilit aplikant** *përpara* se të paraqiteni për vizitën mjekësore:

Emri	Mbiemri	Datëlindja dhe Mosha

Nëse ju paraqiteni tek mjeku me me dokumente identifikimi dhe kartela vaksinimi të paplotësuara dhe/ose të parregullta, si vizita mjekësore ashtu edhe data juaj e intervistës mund të shtyhen në kohë. Për të shmangur vonesa të panevojshme, ne ju këshillojmë që të paraqiteni të përgatitur plotësisht me dokumentacion të plotë në ditën tuaj të takimit për vizitën mjekësore të cilat kërkojnë kohë për t'u plotësuar.

Për lehtësinë tuaj dhe për të shmangur ndonjë vonesë, paraqitja juaj për vizitën mjekësore është programuar në dy faza:

A. Takimi i Parë: VERIFIKIMI I DOKUMENTACIONIT. Vetëm aplikanti kryesor, jo e gjithë familja, do të paraqitet **fiks tre javë para datës së intervistës,** nga ora 09:00 – 11:30 për të dorëzuar dokumentet e renditura më poshtë (festat zyrtare, e shtuna dhe e diela janë pushim). (Për shembull: Nëse data e intervistës në zarfet që ju kanë ardhur nga Qendra Kombëtare e Vizave, Seksioni Konsullor, apo Qendra e Lotarive bie ditën e martë, atëherë dita e paraqitjes për verifikimin e dokumentave do të jetë dita e martë e tre javëve përpara datës së intervistës.) Në rastet e rralla kur letra e takimit ju ka mbërritur më pak se 3 javë nga data e intervistës, ju duhet të kontaktoni gjatë orarit zyrtar (09:00 – 16:00, nga e hëna në të premte) stafin mjekësor për të caktuar takimin sa më parë, ose paraqituni personalisht gjat orarit 09:00 – 11:30 pranë njërës prej adresave të mësipërme së bashku me dokumentet e shënuara më poshtë.

Në takimin e parë, NUK do të kryhet vizitë mjekësore. Stafi i mjekëve të autorizuar do të kontrollojë dokumentet e renditura më poshtë; do ju japë udhëzime në lidhje me analizat, rekomandimet, kartelate vaksinimit, plotësime që duhen në kartelat e vaksinimit, si dhe do të përcaktohet data dhe ora e saktë e paraqitjes për vizitën mjekësore me të gjithë familjen. Anëtarët e familjes suaj do të paraqiten për vizitë e tyre mjekësore në takimin e dytë (shiko më poshtë).Në këtë mënyrë do të ketë kohë për plotësimet e duhura.

Dokumentat që DUHET të keni me vete kur të paraqiteni në të dyja fazat (Verifikimi dhe Vizita mjekësore) janë *(vendosni një kryq tek secili dokument që po dorëzoni tek stafi mjekësor):*

- ☐ Pasaporta(t) dhe kopje të pasaportave - të rritur dhe fëmijë (Origjinalin/et dhe nga një fotokopje të qartë të tyre, e cila do të dorëzohet tek mjeku).
- ☐ Kartelën/at personale të vaksinimit dhe kopje të saj (Origjinalin/et dhe nga një fotokopje të qartë të tyre, e cila do të dorëzohet tek mjeku).
- ☐ Dokumentin që ju njofton datën e intervistës (Të dyja fletët).
- ☐ Udhëzuesin e vizitës mjekësore, të plotësuar me emrat, datëlindjet dhe moshën e personave që do të vizitohen (shikoni faqen nr. 9 të këtij udhëzuesi).
- ☐ Deklaratën mjekësore personale për secilin person, të plotësuar saktësisht dhe të pajisuar me fotografi (shikoni faqet nr. 12 & 13).
- ☐ Plotësoni informacionin në faqen 14 për secilin aplikant të vizës, pavarësisht moshës.
- ☐ Për çdo person **pesë (5) fotografi** 3x4 cm ballore të nxjerra 6 muajt e fundit, njëra nga të cilat do të ngjitet në deklaratën mjekësore personale.
- ☐ Raportet shëndetësore, epikriza, analiza, libreza shëndetësore, etj.

I gjithë dokumentacioni shqip (origjinalet dhe fotokopjet) **nuk kanë** nevojë për përkthim ose noterizim.

B. Takimi i Dytë: **VIZITA MJEKËSORE**. Të gjithë aplikantët e vizës, pavarësisht moshës, do të paraqiten **fiks një javë** përpara datës së tyre të intervistës*, OSE sipas datës së caktuar nga stafi mjekësor*. Ju do të dorëzoni tek stafi mjekësor të gjithë dokumentacionin e renditur më lart dhe dokumentacion shtesë të kërkuar në takimin e parë, për ju dhe për familjen tuaj (nëse aplikohet). Vini re që vizita mjekësore do të zgjasë shumë dhe ju e familja juaj do të duhet të kaloni gjithë ditën me vizita mjekësore të ndryshme tek Klinika Glob. Pasi të kenë dalë rezultatet, ju do të firmosni formularët përpara mjekut të autorizuar. Rezultatet e vizitës do ju jepen në një zarf të vulosur, të cilin ju NUK duhet ta hapni.

* Nëse njëra nga ditët e mësipërme rastis të jetë ditë pushimi apo festë komëtare, ju duhet të telefononi stafin mjekësor gjatë orarit zyrtar (09:00 – 16:00 nga e hëna në të premte) për të ricaktuar takimin tuaj.

Tarifa për të rriturit (mosha 15 vjeç e lart) është **145 Dollarë** (në këtë pagesë përfshihet ekzaminimi fizik, radiografia e gjoksit dhe analiza për sifiliz). Pagesa për fëmijët nën moshën 15 vjeç është 100 Dollarë.

Gjatë kontrollit mjekësor mund të lindë nevoja për ekzaminime shtesë për të përcaktuar gjendjen shëndetësore. Nëse një gjë e tillë aplikohet për rastin tuaj, ju duhet të ndiqni udhëzimet e stafit mjekësor rreth analizave shtesë. Tarifat për ekzaminimet shtesë janë në ngarkim të aplikantit, përveç trajtimit të Tuberkulozit. Nëse sëmundja ose problemi shëndetësor njihet paraprakisht, për sqarim nevojiten raportet shëndetësore, epikriza, libreza shëndetësore, analiza, të cilat këshillohet t'i keni me vete për të evituar riparaqitjen ose ekzaminimet shtesë. Gratë shtatzana duhet të kenë me vete ekzaminimin EKO me film dhe përshkrimin nga mjeku gjinekolog të moshës së shtatzanisë.

E rëndësishme: Sipas Udhëzimeve të Qendrës për Parandalimin dhe Kontrollin e Sëmundjeve (CDC), juve mund t'ju kërkohet t'i nënshtroheni analizave të mëtejshme për Tuberkuloz (TB), përgjigja e të cilave mund të marrë 8-10 javë. Seksioni Konsullor do të njoftohet me listën e aplikanëve të referuar për analizat e TB-së dhe ju nuk do të hasni vonesa në ditën e intervistës për vizë. Nëse aplikanti rezulton pozitiv, ai ose ajo do t'i nënshtrohet trajtimit të detyrueshëm të TB-së nga stafi mjekësor. Ju nuk do të paguani tarifë tjetër për trajtimin e TB-së.

Rezultatet e vizitës mjekësore do t'i dorëzohen në zarf të mbyllur dhe të vulosur vetëm aplikantit, ose Seksionit Konsullor. Ju **NUK mund** ta hapni zarfin. Hapja e zarfit bëhet vetëm nga nëpunësit e konsullatës. Ju nuk duhet ta dërgoni në Ambasadë CD-në e Rrezeve X, përveç rasteve me azil. Juve do ju jepet një kopje e formularit të vaksinave, i cili mund t'ju kërkohet për të regjistruar fëmijën në shkollë, etj.

Me firmosjen nga ana juaj të formularit mjekësor DS-2054 ju personalisht autorizoni dhe pranoni vizitën mjekësore.

Njoftim nga Seksioni Konsullor i SHBA-së: ***Data e skadimit të vizës suaj do të kushtëzohet nga data e skadimit të raportit mjekësor.*** *Formularët mjekësorë të klasifikuar si Class B (TB) janë të vlefshme për 3 muaj nga data që e firmos mjeku. Të gjithë formularët e tjerë të klasifikuar si "Nuk ka sëmundje të dukshme" janë të vlefshëm për 6 muaj nga data që e firmos mjeku. Nëse rasti juaj kalon për proces administrativ të mëtejshëm, apo shqyrtimi i rastit tuaj vonohet për shkak të dokumenteve që mungojnë, raporti mjekësor mund të skadojë përpara se viza të lëshohet. Në këtë rast, juve do ju kërkohet të kryeni edhe njëherë vizitën mjekësore dhe ta dërgoni zarfin mjekësor në Seksionin Konsullor përpara se ju të merrni vizën tuaj. Tarifa për të rriturit (mosha 15 vjeç e lart) është 145 Dollarë dhe për fëmijët nën moshën 15 vjeç është 100 Dollarë.*

Pagesa e vizitës mjekësore nuk kthehet pavarësisht nga rezultati i aplikimit tuaj për vizë emigrimi.

Shënim: Ju duhet të paraqiteni për vizitën mjekësore në datën dhe orën e caktuar të takimit. Mos u paraqisni jashtë ditëve përkatëse dhe jashtë orareve që ju janë caktuar, përveç rasteve kur jeni udhëzuar specifikisht nga Seksionin Konsullor.

Personeli mjekësor nuk mban përgjegjësi për vonesa në lidhje me shqyrtimin e dosjes së aplikantit në Zyrën Konsullore të SH.B.A.-së.

UDHËZIME PËR VAKSINIMIN

Në takimin e parë të vizitës mjekësore, aplikanti kryesor duhet të dorëzojnë kartelat personale të vaksinimit për të gjithë personat që po aplikojnë për vizë (TË RRITUR DHE FËMIJË), ku do të pasqyrohen imtësisht të gjitha vaksinat që ata kanë bërë që nga fëmijëria dhe deri në ditë e vizitës mjekësore. Kartelat e vaksinimit që pranohen të vlefshme janë vetëm ato që lëshohen nga konsultorët dhe qendrat shëndetësore. Aty duhet të jenë të dokumentuara emri, atësia, mbiemri i personit, datëlindja e saktë, datat e sakta të vaksinimeve dhe të rivaksinimeve (dita/muaji/viti).

Kartelat personale të vaksinimit do të jenë të vulosura me vulën e konsultorit/qendrës shëndetësore dhe të kenë vulën e mjekut që e lëshon këtë dokument. Vulat dhe emri i mjekut duhet të jenë të lexueshme.

PËR ÇFARËDO LLOJ ARSYEJE në qoftë se në vizitën mjekësore nuk do të paraqisni kartelën personale të vaksinimit ju do të konsideroheni të pavaksinuar. Në rast se në kartelën personale të vaksinimit janë regjistruar datat e vaksinimit vetëm për disa vaksina dhe vaksinat e tjera janë pa data (ju mund të pretendoni se janë kryer por nuk janë të dokumentuara) këto të fundit do të konsiderohen të pakryera, pra ju do të konsideroheni të pavaksinuar me to.

Aktualisht vaksinimet që kryhen në Shqipëri janë:

1) D.T.P. (Difteri / Tetanos / Pertuss)........ 4 doza
2) D.T. (Difteri / Tetanos) rivaksinim......... 2 doza
3) Polio (Polimielit)................................. 3 doza + dozat ekstra
4) Fruth .... 1 dozë
5) Fruth – Rubeolë .... 1 dozë
6) Fruth – Rubeolë - Parotid .... 1 dozë
7) H.V.B. (Verdhëza) .... 3 doza
8) HiB .... 3 doza
9) Pneumokok .... 3 doza
10) Rotavirus
11) Meningococcal
12) Varicela

Një pjesë e vaksinave të mësipërme **nuk aplikohen** për të gjitha moshat.

Nëse për një nga arsyet e mëposhtme:
- nuk jeni vaksinuar,
- nuk keni kryer vaksinat që kanë ardhur vitet e fundit,
- nuk keni dokumentacion që vërteton që jeni të vaksinuar, apo
- dokumentacionin e keni të pjesshëm, që vërteton që keni kryer vetëm disa nga vaksinat,

përpara se të paraqiteni për vizitën mjekësore ju këshillohet të kryeni dozën e parë të çdo vaksine që ju nuk e keni bërë ose për të cilën nuk gjendet regjistri ose data kur e keni kryer. Nëse keni filluar vaksinimin ose deri tani keni kryer vaksinimin rregullisht, plotësoni rivaksinimin e rradhës. Regjistroni vaksinat në qendrën shëndetësore ku i kryeni.

Dokumenti i vetëm që vërteton vaksinimin tuaj është kartela personale tip e vaksinimit.

Përveç këtij dokumenti vaksinimi, nuk do të njihet si i vlefshëm asnjë dokument tjetër. Kërkoni dhe kontrolloni vërtetësinë e kartelës tuaj të vaksinimit. Kartela personale e vaksinimit është dokument zyrtar dhe personi që e paraqet atë përgjigjet personalisht për vërtetësinë e saj. Mos pranoni të merrni kartela vaksinimi dhe të regjistroni vaksina që nuk i keni kryer ose për të cilat aktualisht nuk ka regjistra, regjistra të cilët në rast verifikimi nuk do të mund të vërtetonin se ju i keni kryer vaksinat.

Vaksinimet dhe rivaksinimet duhet të jenë kryer ose të kryhen sipas skemës së vaksinimit të aprovuar nga autoritetet e Shëndetit Publik të Republikës së Shqipërisë. Në rast se për këto probleme keni paqartësira, drejtohuni pranë Drejtorive të Shëndetit Publik ose pranë Drejtorive të Higjenës dhe Epidemiologjisë në rrethet përkatëse.
Përveç vaksinave të lartpërmendura ju mund të keni kryer edhe vaksina të tjera jashtë shtetit, të cilat mund të mos kenë nuk kanë hyrë në Shqipëri dhe ju mund t'i keni kryer. Nëse keni dokumentacion zyrtar për to, duhet ta paraqisni gjatë vizitës mjekësore.

Shënim: aplikantët që kanë qenë gjatë 12 muajve të fundit në këto shtete: Pakistan, Siri, Guinea Ekuadoriale, Afganistan, Etiopi, Irak, Izrael, Somali, apo Nigeri, duhet të sjellin prova të vaksinimit për Poliomelit dhe të deklarojnë që kanë qenë në një nga këto shtete pranë stafit mjekësor.

DEKLARATË MJEKËSORE PERSONALE *(Duhet plotësuar për secilin aplikant të vizës)*

Ju lutemi plotësoni këtë formular dhe vendosni fotografinë përpara se të kryeni vizitën mjekësore. Këtë formular do ta dorëzoni si pjesë e dokumentacionit tuaj shëndetësor. Formulari është për një person dhe plotësohet nga personi që e firmos. Për personat nën moshën 16 vjeç formulari plotësohet dhe firmoset nga prindërit.

Fotografia

Vendosni kryqet në kutinë PO ose JO sipas gjendjes suaj shëndetësore.

______________________ _______________ **Mosha**: ____ vjeç, **Seksi**: **M** ☐ **F** ☐

Mbiemri **Emri**

Arsimi që keni kryer: ☐ i mitur; ☐ fillore; ☐ 8-vjeçar; ☐ i mesëm; ☐ i lartë

Profesioni që keni: ____

Pesha: _________ Kg; **Gjatësia**: __________ cm

PO	JO	TË PËRGJITHSHME
☐	☐	Sëmundje ose dëmtime që kanë kërkuar shtrim në spital (përfshirë edhe psikiatriket)
☐	☐	A keni kryer ndërhyrje kirurgjikale apo cezariane? Përshkruaji: ________________________________

PO	JO	KARDIOLOGJIKE
☐	☐	Sëmudje të zemrës
☐	☐	Angina pectoris (infarkte, parainfarkte)
☐	☐	Hypertension (tesion i lartë i gjakut)
☐	☐	Aritmi të zemrës

PO	JO	PNEUMOLOGJI
☐	☐	A keni përdorur duhan
☐	☐	A përdorni duhan aktualisht
☐	☐	Azëm
☐	☐	Sëmundje kronike obstruktive të mushkërive (emfizemë) Sëmundje akute të mushkërisë.
☐	☐	A keni vuajtur nga tuberkulozi
☐	☐	A jeni trajtuar për tuberkuloz?
☐	☐	A keni simptoma aktuale të tuberkulozit

PO	JO	NEUROLOGJI & PSIKIATRI
☐	☐	A keni kaluar hemoragji ose ishemi cerebrale
☐	☐	Epilepsi (sëmundja e tokës)
☐	☐	Dëmtime të aftësisë për të mësuar, të inteligjencës, të kujdesit vetjak, të kujtesës ose të komunikimit
☐	☐	Çrregullime mendore *(depresion, çrregullimet Bipoilare, skizofreni, prapambetje mendore)*
☐	☐	Përdorim medikamentesh jashtë qëllimeve mjekësore
☐	☐	Varësi ose abuzim me substanca* specifike (droga). ** amfetamina, kanabis, kokainë, halucinogjenet, inhalantet, opioidet, fencikidinat, sedative-hipnotike, anksiolitike*
☐	☐	Çrregullime të tjera që lidhen me përdorimin e substancave *(përfshirë varësia ose abuzimi me pijet alkolike)*
☐	☐	Keni tentuar ndonjëherë vetëvrasjen?
☐	☐	A i keni shkaktuar ndonjëherë dëmtime SERIOZE personave të tjerë, keni kryer ndonjëherë dëmtime TË MËDHA të pronës, ose të keni patur probleme me drejtësinë për arsye të gjëndjes shëndetësore, ose nën ndikimin e sëmundjeve mendore, alkolit ose drogës?

PO	JO	**OBSTETRIKE & SËMUNDJE SEKSUALISHT TË TRANSMETUESHME**
☐	☐	Shtatzani?

Data e Parashikuar e Lindjes:

_____________ (data-muaji-viti)

☐ ☐ Sëmundje seksualisht të transmetueshme, infeksione, synet (jep sqarime):

____

____

PO	JO	**ENDOKRINOLOGJI & HEMATOLOGJI**
☐	☐	Diabet i sheqerit
☐	☐	Sëmundje të tiroides
☐	☐	Të dhëna për malarie

PO	JO	**TË TJERA**
☐	☐	Sëmundje malinje, kancere (jep sqarime) ______________________________
☐	☐	Sëmundje kronike të veshkave
☐	☐	Hepatit kronik ose sëmundje të tjera kronike të mëlçisë

PO	JO	**LEPRA**
☐	☐	SËMUNDJA HANSEN (Lepra)

☐ Multibacilar ☐ Paubacilar

Trajtuar : ☐ PO ☐ JO

☐ ☐ Probleme me Shikimin

☐ ☐ Keni Kaluar Varicelën (lija e dhenve)?

☐ ☐ A keni patur grup invaliditeti?

☐ ☐ Difekte fizike të dukshme ose keqformime *(mungesë syri, gishta, dorë, këmbë)* jep sqarime:

____

____

☐ ☐ Probleme të tjera që nuk janë përmendur më lart por që kërkojnë vëmendje, trajtim mjeksor, ndërhyrje kirurgjikale, etj. (jep sqarime):

____

____

☐ ☐ A keni patur ose keni ankesa shëndetësore të tjera për të cilat nuk jeni sqaruar nga se vijnë? (p.sh. rënie në peshë, temperature e zgjatur, etj.) (Nëse PO përshkruani):

____

____

☐ ☐ A keni kryer shërbimin ushtarak?

Nëse jo, jepni shpjegime:

GJENDJA CIVILE

☐ Beqar ☐ i/e martuar

☐ i/e ve ☐ Divorcuar

SHËNIM: Të gjitha problemet mjekësore duhet të shoqërohen me raportin mjekësor, epikrizën, ekzaminimin, analizat, recetën e mjekimit, librezën shëndetësore.

UNË I NËNSHKRUARI DEKLAROJ SE INFORMACIONI QË KAM DHËNË MË SIPËR ËSHTË I SAKTË DHE I PËRGJIGJET TË VËRTETËS.

____

EMRI **MBIEMRI** **FIRMA**

Data __________________

Plotësoni informacionin e mëposhtëm, pavarësisht moshës

(Bëni kopje të këtij formulari për ta plotësuar secili aplikant i vizës)

Emri ***(Mbiemri, Emri)***

Datëlindja (muaj, datë, vit) **Gjinia** ☐ M ☐ F

Numri i Pasaportës **Numri i Dosjes**

Vendlindja ***(Qytet, Shtet)***

Shteti Ku Jetoni Aktualisht

Shteti Ku Keni Jetuar më Parë

Adresa Aktuale ku Banoni

Qyteti Ku Jetoni Aktualisht

Kodi Postar i Rezidencës

Adresa Ku do të Jetoni në SHBA

Qyteti, Shteti dhe Kodi Postar ku do të Jetoni në SHBA

Kategoria e Vizës ☐ Emigruese ☐ Lotaria DV ☐ Viza K (Fejese)

☐ Birësim ☐ NIV (Jo-Emigruese) ☐ Viza 92 (Azil)

Numër Celulari

Adresë e-maili

Emri i të gjithë Fëmijës/Fëmijëve (nëse keni) **dhe Datëlindja e tyre** *(mm-dd-vvvv)*

	Emër Mbiemër	*Ditëlindje*
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		